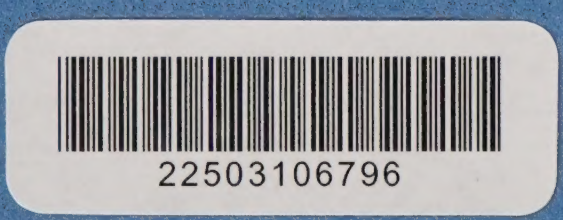
OPÉRATION
D'OVARIOTOMIE


22503106796

OPÉRATION
D'OVARIOTOMIE
SUIVIE DE GUÉRISON;

PAR M. LE DOCTEUR DESGRANGES,

Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

WELLCOME LIBRARY
General Collections

PARIS

TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON

IMPRIMEUR DE L'EMPEREUR

RUE GARANCIÈRE, 8.

1862

WELLCOME
LIBRARY
General Collections
P
12_53

OPÉRATION D'OVARIOTOMIE

SUIVIE DE GUÉRISON.

Je livre à la publicité un fait d'*ovariotomie* digne, je crois, du plus haut intérêt.

Le *succès a été complet* chez une femme vouée à une mort certaine au bout de quelques mois, par les seuls progrès de sa maladie, ainsi que le démontre évidemment la nature du kyste.

Il était multiloculaire et l'une des poches, la plus grande, était pleine de pus, avec cette circonstance aggravante que les parois en étaient minces et friables, susceptibles de se déchirer au moindre traumatisme et d'amener un épanchement intra-péritonéal rapidement mortel. Une simple ponction exploratrice aurait suffi pour produire un pareil résultat.

L'*authenticité* de cette guérison et les particularités qui s'y rattachent ne sauraient être mises en doute. La malade, avant son traitement, a été vue dans les salles de l'Hôtel-Dieu par plusieurs médecins et par de nombreux élèves ; elle a été opérée sous les yeux de plusieurs confrères, et, en dernier lieu, elle a été présentée à la Société impériale de médecine de Lyon, qui l'a soumise à un sérieux examen.

Or, un succès d'ovariotomie n'est point encore aujourd'hui une chose assez commune pour ne point avoir une grande valeur scientifique. En effet, si les regards sont actuellement tournés vers cette opération, grâce à l'heureuse initiative de M. le professeur Nélaton et à l'autorité de sa parole, il s'en faut de beaucoup que toutes les hésitations soient vaincues et toutes les préventions effacées. L'ovariotomie n'est point encore chez

nous une opération passée dans les habitudes médicales, trop de revers en atténuent les succès. Il est donc important de faire connaître les cas heureux que l'on obtient pour alléger la responsabilité de ceux qui pourraient être appelés à la pratiquer ; mais si l'on engage à entrer dans cette voie, il est bon de rappeler qu'on ne doit jamais marcher qu'avec une extrême prudence.

Je me suis efforcé dans mon opération de suivre pas à pas la pratique anglaise, pensant ne pouvoir mieux faire que de prendre pour guide ceux que l'expérience a déjà éclairés sur ce point. J'ai donc recherché les détails opératoires auxquels les chirurgiens anglais attachent de l'importance, et je dois dire qu'ici j'ai été admirablement servi par les circonstances. M. le docteur Gayet, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, arrivait de Londres, où il avait vu opérer MM. Spencer Wells et Backer-Brown ; il connaissait leur manière de faire, et, dans les entretiens qu'il avait eus avec M. Spencer Wells, il avait puisé une foule de renseignements utiles.

J'ai donc été très-heureux de la collaboration de M. Gayet, et je lui en exprime toute ma gratitude. Je dois aussi des remercîments à M. le docteur Chauvin, pour l'empressement qu'il a mis à me seconder dans cette opération ; je lui dois, en outre, une mention à part pour le savoir et l'habileté qu'il a déployés dans l'étude histologique de la tumeur. Je me félicite d'avoir eu pendant l'opération l'assistance de M. le docteur Pomiès, médecin de l'Hôtel-Dieu, et de M. le docteur Bourtaud, médecin de la malade. Enfin, je rappelle avec plaisir que MM. Christol, Horand et Béraud, internes des hôpitaux, ont donné des soins à la malade avec le zèle le plus dévoué ; leur concours m'a été précieux pendant toute la durée du traitement.

Obs. — *Kyste multiloculaire droit, d'une capacité de dix litres environ ; une des poches pleine de pus. — Ovariotomie. Suites simples. Guérison radicale.*

(Observation recueillie par M. Christol, interne des hôpitaux.)

Anne Vaugelle est une femme de trente-quatre ans, d'une figure épanouie et intelligente, d'une constitution robuste, quoique un peu dé-

tériorée par la maladie qu'elle porte. Réglée à quatorze ans, et depuis toujours très-régulièrement, elle s'est mariée de très-bonne heure, et à seize ans elle accouchait facilement d'une fille, qui maintenant est grande et bien portante. Treize ans plus tard, elle eut un avortement à cinq mois, qui ne troubla que momentanément son état de parfaite santé.

Aujourd'hui 25 août 1862, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour un kyste volumineux de l'ovaire. Le début du mal semble remonter à dix-huit mois environ. A cette époque, la malade ressentit dans le flanc gauche des douleurs assez vives, qu'augmentaient singulièrement la marche et les occupations pénibles auxquelles elle se livrait. Comme ces douleurs revêtaient un caractère de persistance inquiétant, elle alla consulter un médecin, qui, en l'examinant, découvrit dans l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque gauche, une petite tumeur ovoïde, mobile, de la grosseur d'un œuf de poule.

Aux troubles nerveux du début se joignent bientôt d'autres troubles fonctionnels. L'émission de l'urine devient douloureuse et difficile ; la malade perd l'appétit ; elle a de fréquentes nausées, quelques vomissements et une diarrhée qui persiste pendant une quinzaine de jours. Ces symptômes s'apaisent peu à peu, et au bout d'un mois il ne reste plus que quelques douleurs vagues dans la fosse iliaque gauche.

Ces douleurs disparaissent même parfois complétement; cependant toujours elles sont réveillées soit par le moindre choc, soit par une pression un peu forte.

La tumeur eut une évolution rapide. Au bout de huit mois, elle avait atteint le volume d'une tête d'adulte. Sa situation changea en même temps que son volume ; à cette époque, elle se trouvait située sur la ligne médiane, au niveau de l'excavation pelvienne. Graduellement le ventre augmenta de volume, et une nouvelle tumeur prit droit de domicile dans la portion supérieure droite de la cavité abdominale.

Dès lors ces deux tumeurs eurent une marche croissante, quoique un peu différente. La première, la tumeur hypogastrique, n'augmenta que médiocrement ; la seconde eut une marche des plus envahissantes.

L'état général, éprouvé au début, était cependant assez bien conservé pour permettre à la malade un travail journalier.

Elle exerce la profession de piqueuse de bottines, et la position très-gênante qu'elle était obligée de garder devenait parfois intolérable. Elle atténuait alors ses douleurs, comme elle le dit elle-même, en soutenant sa tumeur avec le genou droit, pendant que le gauche servait de point d'appui à son ouvrage.

*

Depuis un mois et demi, l'accroissement semble avoir été sensiblement plus rapide ; cette marche continue est la principale cause de l'entrée de la malade dans notre hôpital. Voici dans quel état elle se présente à nous :

Etat local. — Les parois abdominales sont très-irrégulièrement distendues par *deux masses inégales*, situées l'une dans l'hypogastre sur la ligne médiane, l'autre principalement dans le flanc droit, d'où elle s'irradie dans la région ombilicale et l'hypochondre droit. Ces deux masses pathologiques sont séparées l'une de l'autre par un *sillon* parfaitement appréciable à l'œil ; sillon de forme semi-circulaire, à concavité inférieure, situé au-dessus de l'ombilic.

La *partie hypogastrique* du kyste se présente sous la forme d'une tumeur globuleuse parfaitement régulière, affectant un volume un peu supérieur à celui d'une tête d'adulte. Elle paraît comme enclavée dans le pelvis, et les pressions de latéralité qu'on lui imprime ne la déplacent que légèrement.

Par la palpation on perçoit une masse unie, sans parties solides appréciables, tranchant nettement sur les parties ambiantes. En la déprimant fortement, on sent que son liquide ne se déplace que difficilement, et qu'il ne reflue pas dans la poche voisine.

On perçoit difficilement l'ondée de retour.

Les manœuvres ne s'accompagnent que de quelques douleurs insignifiantes.

Quant à la *tumeur de l'hypochondre,* elle paraît plus volumineuse et plus irrégulière. Sa masse générale est formée par un kyste à dimensions considérables, à parois bosselées, dures, se prêtant difficilement à la perception de la fluctuation, plus mal encore que le kyste hypogastrique. Sur ces parois, à droite, semble s'être greffé un kyste accessoire, quatre ou cinq fois moins volumineux, irréductible par la pression, et jouissant d'une certaine mobilité.

Si l'on déprime alternativement avec force les deux tumeurs principales, la tumeur de l'hypogastre et celle de l'hypochondre, on ne sent aucun déplacement du liquide, aucune communication entre elles.

La forme irrégulière de l'abdomen ne permet que difficilement d'apprécier le volume collectif des deux kystes.

Les diamètres qu'il présente en donneront peut-être une idée plus juste.

Le diamètre sterno-pubien mesure 50 centimètres.

Le diamètre bi-iliaque, 40 centimètres.

La circonférence, prise au niveau des dernières côtes flottantes, présente 80 centimètres ; mais depuis l'entrée jusqu'au moment de

l'opération, espace de temps comprenant seulement quinze jours, la tumeur a grossi assez pour que cette circonférence présente 84 centimètres.

Le toucher vaginal donne la certitude que l'utérus n'a pas contracté d'adhérences, et qu'il a conservé sa parfaite mobilité. Son col est seul légèrement dévié à gauche. Si, pendant que les doigts sont introduits dans le vagin, on déprime la tumeur hypogastrique, on sent très-bien le choc du flot liquide, qui vient battre les parois de la cavité vaginale.

Si l'on fait faire de grandes inspirations à la malade, on voit manifestement les parois abdominales soulevées d'une façon régulière, et le sillon de séparation des kystes disparaître presque en totalité.

Si l'on cherche par des pressions latérales à provoquer le glissement des parois sur les masses intra-abdominales, on y arrive avec facilité. De plus, l'ombilic suit tous ces mouvements avec une grande régularité; il ne présente aucune dépression, aucun enfoncement qui puisse faire craindre quelques adhérences à ce niveau.

Ces expériences, répétées souvent, ne donnent pas partout des résultats aussi satisfaisants. Sur le kyste hypogastrique, les parois ont évidemment conservé toute leur mobilité; mais sur la seconde tumeur, au niveau du flanc droit, le glissement est moins complet, les résultats de l'expérience sont moins concluants. Ce fait se trouve, au reste, en rapport avec un autre fait non moins important, que nous énoncerons tout à l'heure.

La masse des intestins semble confinée dans l'épigastre, dans l'hypochondre gauche et dans le flanc correspondant. La percussion les décèle facilement.

Quelle que soit la situation que l'on fasse prendre à la malade, qu'elle soit droite, qu'elle soit couchée, qu'elle soit assise, les points mats restent les mêmes.

Symptômes physiologiques. — La respiration s'effectue encore librement; la malade n'accuse aucune gêne dans les mouvements inspirateurs.

Les digestions sont devenues pénibles depuis quelques jours seulement. L'ingestion des aliments s'accompagne d'une sensation insupportable de pesanteur à l'épigastre. Les selles sont rares, difficiles, et s'effectuent cependant sans douleurs, sans tiraillements abdominaux, sous l'influence de laxatifs répétés.

Aucun trouble du côté du système circulatoire; le pouls est régulier, son rhythme est normal; il marque 67.

La malade n'a pas tout d'abord accusé un point douloureux, sié-

geant au niveau du flanc droit, juste au sommet du kyste de l'hypochondre.

Les douleurs ont été légèrement exaspérées par nos manœuvres d'examen, et c'est alors seulement qu'elle se décide à nous en faire part. Circonscrites à une étendue limitée, ces douleurs occupent la circonférence où les parois abdominales nous ont paru dépendre des tumeurs sous-jacentes. Ces douleurs remontent à trois mois environ. Intermittentes au début, elles sont devenues continues depuis le séjour dans nos salles. Elles n'ont jamais atteint une grande acuité.

Quelques accès fébriles revenant périodiquement le soir, nous confirment dans l'idée qu'il pourrait bien se faire quelque travail inflammatoire du côté du kyste et de son enveloppe péritonéale.

Ainsi, en résumé, nous avons :

1° Un kyste multiloculaire ;

2° Un liquide probablement épais, à cause du peu de netteté de sa fluctuation ;

3° Une marche rapide dans l'évolution de la tumeur ;

4° Une santé encore bonne, malgré un affaiblissement notable de la constitution.

Opération. — La malade, préparée par deux purgatifs légers, est opérée le 10 septembre, chez elle, faubourg de Bresse, dans une habitation au bord du Rhône, exposée au grand air et au soleil.

Elle est placée sur une table horizontale, la tête médiocrement relevée et les membres inférieurs étendus, préalablement enveloppée de couvertures, pour prévenir même un léger refroidissement.

Éthérisation. — *Premier temps.* — Incision de 15 centimètres environ sur la ligne médiane, arrivant en bas jusqu'au pubis, et se terminant en haut à peu de distance de l'ombilic.

La peau est divisée tout d'un trait ; les fibres de la ligne blanche sont entamées avec ménagement, en écartant les faisceaux internes des muscles droits, qui font hernie dans la plaie. Ligature immédiate de tous les vaisseaux divisés, de manière à ne pas avoir de suintement sanguin.

Deuxième temps. — Incision du péritoine, directement d'abord avec le bistouri, dans un point limité ; puis, division de la séreuse dans une étendue égale à la plaie cutanée, en se guidant sur une sonde cannelée introduite dans ce premier pertuis. La poche inférieure du kyste se montre alors à découvert au fond de la plaie.

Troisième temps. — Ponction du kyste à l'aide du trocart de M. Charrière ; issue d'une grande quantité de pus crémeux, bien lié.

Une difficulté se présente toutefois : la membrane kystique, fria-

ble, se déchire sous l'effort de pénétration de l'instrument, et le liquide s'écoule non-seulement par la canule, mais encore en dehors de celle-ci. Du pus serait inévitablement tombé dans le péritoine, si, par une pression habilement exercée à l'angle inférieur de la plaie, on n'eût pas maintenu le contact de cet angle avec le kyste.

Alors le kyste, vidé en partie, est saisi avec des pinces de Museux et avec les pinces plates de M. Charrière; puis, à l'aide de tractions méthodiques, on tâche de le faire sortir au travers de la plaie.

Au bout de quelques instants, on s'aperçoit que la poche résiste, et que probablement elle est retenue par des *adhérences*.

On introduit alors la main dans l'abdomen, et l'on détruit à droite des adhérences assez intimes, établies entre le kyste et la paroi abdominale, suivant une surface d'environ 20 centimètres carrés. Ces adhérences, quoique assez résistantes, ne contiennent pas de vaisseaux, et ne provoquent pas d'hémorrhagie par leur rupture.

Quatrième temps. — Ponction du kyste supérieur avec le même trocart; issue immédiate d'une grande quantité de liquide albumineux de couleur chocolat. La poche est épaisse, résistante. Aucune goutte de liquide ne s'échappe au dehors de la canule.

Tractions méthodiques exercées sur les parois kystiques à l'aide de pinces de Museux et des pinces plates de M. Charrière. Après quelques efforts, la masse entière s'échappe par la plaie, et n'est plus attachée à la cavité abdominale que par le pédicule.

L'abdomen est exploré pour voir si aucune autre tumeur ne s'y trouverait encore ; la cavité pelvienne est soigneusement abstergée à l'aide d'éponges douces, lavées à plusieurs reprises.

Le chirurgien et les aides avaient eu eux-mêmes l'attention de se bien laver les mains avant toute manœuvre.

Aucune anse intestinale ne s'échappe de l'abdomen ; seul, le grand épiploon, couché sur le kyste supérieur, est sorti au moment de l'extraction de celui-ci.

Il est reçu sur des morceaux de flanelle neuve légèrement humectés d'eau tiède ; il est examiné avec soin, et une fois son intégrité bien reconnue, il est replacé dans l'abdomen.

Cinquième temps. — Constriction du pédicule par le clamp de M. Charrière, dont on serre fortement les branches. Pour se prémunir contre toute fuite imprévue du pédicule, on traverse celui-ci avec deux épingles entre-croisées, immédiatement au-dessus de l'instrument.

Le pédicule est coupé à peu de distance des épingles et ramené à l'angle inférieur de la plaie.

A cet instant, le pouls s'arrête, la respiration devient impercepti-

ble, la face pâlit; la malade, en un mot, tombe en une profonde syncope. On suspend l'opération, et par une position déclive, par des aspersions sur la face et des frictions sur la poitrine, on tâche de ranimer la malade, qui ne tarde pas beaucoup à reprendre connaissance.

Sixième temps. — Réunion de la plaie à l'aide de quatre épingles longues et dorées placées au-dessus du clamp, et de quatre points de suture métallique : trois alternent avec les quatre épingles, le dernier est placé au-dessous du pédicule.

Chacune des épingles est plongée perpendiculairement dans les tissus, d'abord de la peau au péritoine de façon à traverser les deux membranes à 1 centimètre de la plaie; puis du péritoine à la peau, sur l'autre lèvre, de manière aussi à laisser 1 centimètre de péritoine et de peau entre l'épingle et la plaie. De cette façon la réunion des lèvres de la plaie, sous la traction d'une mèche de coton entortillée à l'épingle, se fait par l'adossement du péritoine au lieu de se faire par les couches des tissus divisés.

Les points entrecoupés de suture métallique sont passés au moyen de l'aiguille tubulaire ; l'anse de fil est maintenue serrée par un petit grain de plomb qui en reçoit les deux chefs, et qui est écrasé entre les mors d'un fort davier.

Pansement simple, couche de coton cardé sur l'abdomen, ceinture de flanelle, enveloppement général dans une couverture de laine.

L'opération a duré trois quarts d'heure. (Etaient présents : MM. les docteurs Pomiès, Gayet, Chauvin, Bourland, et MM. les internes Christol, Horand et Béraud.)

Suites de l'opération. — La malade est replacée dans son lit, qu'on a soigneusement bassiné à l'avance. Elle est faible, sa face est pâle ; le pouls est petit, irrégulier, filiforme, les extrémités presque froides. Le ventre, comme nous l'avons dit, est enveloppé d'une ceinture de flanelle, le thorax est convenablement revêtu d'une chemise de même étoffe, et tout le corps soigneusement enveloppé dans une couverture de laine. Des cruches d'eau chaude sont appliquées le long des membres inférieurs et maintenues constamment à une température suffisante.

On donne, comme boisson, en de faibles proportions, de la liqueur de la Grande Chartreuse étendue d'une notable quantité de tisane.

Pour prévenir les nausées et les vomissements, on place sur l'épigastre un plumasseau de charpie arrosé de laudanum de Sydenham, à l'imitation de la pratique anglaise.

A deux heures, le pouls semble se réveiller ; il est sensiblement plus fort, son rhythme est plus régulier ; il bat de 90 à 95 pulsations.

Les extrémités sont notablement réchauffées. La malade accuse un sentiment de bien-être. La peau est chaude et halitueuse ; les pommettes commencent à se colorer, et tout semble annoncer une réaction des plus franches.

Le soir, le pouls bat de 105 à 110 ; la température de la peau est légèrement plus élevée. Le ventre est parfaitement souple, tout à fait indolore, et ne présente pas le moindre ballonnement. Quelques coliques erratiques, un léger sentiment de cuisson au niveau de la plaie, rappellent seuls à la malade l'opération de la matinée. Sensation de pesanteur à l'épigastre et au niveau du col vésical. Cathétérisme ; issue d'une petite quantité d'urine, qui amène un soulagement immédiat. La respiration est normale ; pas de vomissements ; soif vive, qu'on étanche avec quelques cuillerées de tisane de feuilles d'oranger, édulcorée avec une minime quantité de Chartreuse.

La nuit est tranquille. Vers minuit la malade semble s'assoupir, mais cet assoupissement a été de courte durée ; elle est tourmentée par une soif ardente, et constamment elle demande à boire.

On a changé à deux reprises différentes l'air de l'appartement dans le courant de la journée, en prenant grand soin de préserver la malade.

Le 11 septembre, à six heures du matin, le pouls marque 118 ; le ventre a conservé sa souplesse, il est tout à fait indolore. Nouveau cathétérisme. La journée se passe bien, à part cette soif continuelle, qui est au reste le seul symptôme dont se plaigne la malade.

A huit heures du soir, assoupissement qui dure jusqu'à minuit, et qui n'est troublé qu'à de longs intervalles, dans lesquels la malade sollicite quelques cuillerées de tisane.

A minuit, légère surexcitation, mouvement fébrile plus marqué, quelques douleurs de tête ; crampes stomacales se jugeant par des renvois qui ne fatiguent pas sensiblement la malade. Encore quelques coliques, qui disparaissent après l'expulsion en assez grande abondance de gaz intestinaux.

A deux heures, la tranquillité reparaît. Nouvel assoupissement qui dure jusqu'au matin, moment auquel la malade est prise d'une fausse envie d'uriner que l'on satisfait par un cathétérisme sans résultat.

Le 12, le pouls est tombé à 100. La malade accuse un sentiment de détente générale ; la soif a sensiblement diminué ; elle demande à prendre du bouillon, ce qui lui est accordé avec ménagement.

La journée du 12 se passe bien ; l'état du ventre est très-satisfaisant, à part quelques très-légères coliques qui reconnaissent encore pour cause la présence de gaz dans l'intestin ; leur expulsion facile les calme soudainement.

On panse la plaie à quatre heures du soir. Elle est le siége d'un léger suintement séro-sanguinolent ; mais ses bords sont nets et sans le moindre gonflement inflammatoire. Les parties profondes sont réunies par première intention ; les parties superficielles sont recouvertes d'une légère couche de suppuration.

Le 13, la nuit a été encore meilleure que la précédente ; le sommeil, plus tranquille, plus régulier, a duré en moyenne cinq heures.

La malade prend dans la journée une quantité de bouillon qu'elle évalue à deux litres, sans en être le moins du monde incommodée.

La langue se dépouille, la soif s'est apaisée, le pouls est tombé à 90. Encore quelque gêne dans la miction ; cathétérisme.

Le clamp est bien supporté, la malade paraît même ne pas se douter de sa présence.

Le 14 se passe de la manière la plus satisfaisante.

Le 15, le pouls ne marque plus que 85 pulsations. La malade accuse d'assez violentes douleurs de reins, douleurs qui tiennent tout autant au décubitus forcé qu'à l'opération elle-même.

On panse la plaie tous les jours ; son aspect est excellent et la suppuration peu abondante. — Bouillon, poulet, vin.

Le 16, on enlève une première épingle à l'extrémité supérieure de la plaie, qui est solidement réunie à ce niveau.

Les 17, 18 et 19, on enlève successivement les trois dernières épingles, ainsi que les points de suture métallique ; le clamp seul reste en place. Les tissus qu'il écrase entre ses branches paraissent presque mortifiés, sans cependant être totalement éliminés. On respecte avec d'autant plus de facilité leurs dernières adhérences, que la malade n'est nullement incommodée de la présence de l'instrument.

Le 19, neuvième jour de l'opération, la malade prend un léger purgatif (1 gramme de poudre de jalap), qui provoque deux selles faciles, et fait disparaître un ténesme intestinal et des besoins assez impérieux survenus depuis quelques jours.

Toute réaction fébrile semble avoir disparu ; le pouls est tombé à 72 ; l'appétit se soutient. — Bouillons de bœuf, poulet, vin.

Le 21, onzième jour de l'opération, chute du clamp, qui laisse à sa suite une solution de continuité infundibuliforme pouvant mesurer 2 centimètres environ de profondeur.

La partie supérieure de la plaie est sensiblement rétrécie ; la suppuration est peu abondante, le pus homogène et bien lié.

Du 22 au 25, tout se passe de la façon la plus heureuse ; on entretient avec soin la liberté du ventre.

Le 26 au soir, léger accès fébrile prenant sa source dans une inflammation phlegmoneuse des lèvres de la plaie.

Les jours suivants, on voit se développer deux petits abcès sur les points enflammés ; le premier à gauche, au niveau de l'épingle supérieure, petit, donnant peu de pus et marchant très-vite à la cicatrisation ; le second à droite, au niveau de la troisième épingle, plus volumineux, donnant assez de pus par un orifice insuffisant. On agrandit l'ouverture avec le bistouri, et tout rentre bientôt dans l'ordre.

Presque simultanément, c'est-à-dire dans les premiers jours d'octobre, la malade accuse des coliques, des tiraillements abdominaux, des malaises généraux, et une pesanteur insupportable à l'hypogastre. En même temps, les selles deviennent liquides et sont quelquefois teintées de stries sanguinolentes.

Cet état, dont la cause semblait insaisissable, eut, après quelques jours de durée, pour solution naturelle l'apparition des règles, qui fluèrent du 8 au 12 octobre.

Toute la médication de ces légers accidents a consisté en tisane de riz et en quarts de lavements laudanisés.

Le 13 octobre, tout est terminé ; la plaie est cicatrisée ; la malade quitte le lit ; l'état général est excellent.

Les jours suivants, elle marche dans son appartement, et vers le 18 elle peut descendre et faire une promenade.

Le 3 novembre, la guérison est plus complète encore ; la cicatrice est presque linéaire, et la dépression au niveau du pédicule est peu ombiliquée.

L'utérus a subi un déplacement facile à constater. Le corps se trouve incliné en avant et du côté droit, et de plus il présente un mouvement de torsion par lequel la face antérieure se trouve légèrement tournée du côté droit.

En effet, si l'on introduit les doigts dans le vagin, on sent le col porté en arrière du côté du rectum ; l'orifice cervical est disposé suivant une ligne oblique, qui se porte de gauche à droite et d'arrière en avant. Le col comprime légèrement le rectum, aussi y a-t-il un peu de constipation. Le corps a aplati la vessie contre le pubis, et diminué sa capacité ; aussi les besoins d'uriner sont-ils plus fréquents.

La malade est présentée à la Société impériale de médecine de Lyon à la séance du 3 novembre 1862, à l'effet d'apprécier la valeur du résultat.

Le 4 octobre, elle avait reçu la visite de M. le baron Larrey, médecin inspecteur des armées, en tournée d'examen à Lyon.

Anatomie pathologique de la tumeur. — Complétement débarrassé de son liquide, le kyste pèse 525 grammes.

Le liquide peut être évalué approximativement à dix litres.

Mesurée suivant son plus grand diamètre, la tumeur offre une circonférence de 52 centimètres.

Elle forme une masse irrégulièrement bilobée, étranglée à sa partie moyenne, et divisée par une rainure circulaire, profonde, en deux loges tout à fait distinctes, répondant à celles décrites avant l'opération.

Quant aux *petites tumeurs* surajoutées, elles sont moins nombreuses que ne semblait le faire croire tout d'abord l'irrégularité de la poche supérieure. Au nombre de *deux* seulement, elles sont accolées à la masse totale dans une grande partie de leur étendue, et présentent assez bien en petit la configuration du kyste total.

Ces deux tumeurs sont situées au niveau de la rainure de séparation. L'une affecte le volume d'une pomme; l'autre, celui d'une forte orange. Elles occupaient le flanc droit, où la palpation les décelait facilement.

Toute l'étendue de la masse ovarique est sillonnée par des *vaisseaux d'un volume considérable*, atteignant leur maximum sur la poche hypogastrique. Les veines sont dilatées, sinueuses, et quelques-unes même permettent l'introduction de l'extrémité de l'auriculaire.

Les artères sont relativement aussi volumineuses.

Les *parois* sont loin d'avoir partout la même homogénéité, partout les mêmes caractères anatomo-pathologiques.

La *poche hypogastrique* est épaisse, d'une densité très-faible, se déchirant aux moindres tractions. Sa surface externe est lisse et exempte de toute adhérence. Sa surface interne paraît profondément modifiée. D'une couleur rouge foncé, d'une vascularisation très-prononcée, elle rappelle assez bien les altérations des séreuses enflammées.

Le *liquide* qu'elle contient est *purulent,* assez homogène. Ce liquide entre au moins pour les deux tiers dans la quantité générale soustraite à la masse extirpée. Les petites tumeurs surnuméraires partagent les caractères de la tumeur hypogastrique : leurs parois sont enflammées, ramollies, leur contenu purulent, quoique plus homogène.

Quant au *lobe supérieur*, il se distingue par des parois inégales, bosselées, d'épaisseur irrégulière, plus grande vers la partie déclive du kyste. La densité de la membrane est assez considérable ; des tractions même assez fortes ne suffisent pas pour la dilacérer ; elle présente par places de véritables *renforcements d'apparence fibro-cartilagineuse,* qui augmentent singulièrement sa résistance.

Sa surface externe, lisse dans la plus grande partie de son étendue, présente vers le point culminant, dans la largeur de la paume

de la main environ, les traces des adhérences qui ont été si facilement vaincues par l'opération.

Ces *adhérences* paraissent être de date récente; elles sont incomplétement organisées, et rappellent assez bien les productions plasmatiques que l'on rencontre fréquemment dans les inflammations récentes de la plèvre et du péritoine. Le lobe supérieur contient un liquide albumineux, filant, d'un rouge foncé, imprégnant fortement les corps avec lesquels il est mis en contact.

Le *pédicule* de cette masse énorme, situé à la base de la poche hypogastrique, tout à fait indépendant des parties voisines, présente une longueur de 8 à 10 centimètres; sa largeur est de 3 centimètres, son épaisseur de 8 millimètres. La *trompe utérine* se trouve comprise dans la partie antérieure de sa masse, qui paraît constituée par l'aileron moyen. Elle est complétement indépendante de la tumeur, et paraît avoir conservé ses caractères anatomiques. Ses parois présentent seulement une légère hypertrophie au niveau de la base du pédicule. *D'énormes vaisseaux artériels* sillonnent ce dernier; deux surtout méritent d'être signalés : le premier affecte un calibre au moins égal à celui de la radiale à son origine, le second est supérieur à celui de l'arcade palmaire superficielle.

HISTOLOGIE DE LA TUMEUR, PAR M. LE Dr CHAUVIN.

1. Tissu conjonctif rubané et fibres élastiques constituant la paroi des kystes.

2. Éléments conjonctifs, noyaux et cellules réunis en amas et constituant les saillies de la surface interne des kystes.

3. Éléments altérés (probablement de nature conjonctive) formant les saillies extérieures avec dépôts calcaires.

4. Éléments en suspension dans le liquide purulent.

Les deux kystes principaux diffèrent essentiellement l'un de l'autre. Nous ne nous occuperons pas des deux petits kystes déjà décrits, leur importance étant secondaire au point de vue de l'anatomie pathologique.

Nous examinerons successivement le liquide et les parois de chaque kyste.

1° *Liquide du kyste hypogastrique, kyste purulent.*

Ce liquide présente une consistance que l'on peut comparer à celle de la crème. Son odeur est fade. Il est onctueux au toucher.

L'acide acétique concentré, l'acide nitrique le coagulent en partie, mais la masse liquide ne se prend pas en gelée.

Si l'on ajoute une portion de ce liquide à une quantité égale d'éther sulfurique rectifié, ce dernier se colore bientôt, et si on l'abandonne à lui-même un certain temps et qu'on le décante ensuite, il reste, après l'évaporation de l'éther, une notable quantité de graisse. La potasse dissout ce qui s'est précipité dans le liquide une fois traité par l'éther, et donne à la masse une coloration d'un rouge noirâtre.

L'examen micrographique démontre différents éléments dans ce premier liquide :

Une quantité énorme de globules pyoïdes et purulents dont les caractères sont nettement tranchés ;

Des cellules de 5 à 6 centièmes de millimètre, à parois parfaitement distinctes (quelques-unes ont une paroi à double contour), contenant une masse de granulations graisseuses très-réfringentes ; elles n'ont pas de noyau apparent ;

Quelques cellules de dimensions à peu près égales, pâles, avec un noyau collé contre les parois de la cellule, contenant un liquide transparent, et quelques rares granulations réfringentes ; ces cellules se rapprochent de cette forme à laquelle Virchow a donné le nom de physalide ;

Enfin, en grande proportion, des granulations graisseuses libres flottant dans le liquide, les unes isolées, les autres réunies en amas régulièrement arrondis, comme si elles avaient été contenues dans une cellule dont les parois auraient été détruites.

2° *Liquide du kyste supérieur, ou kyste hématique.*

La consistance de ce liquide est très-prononcée ; il est filant, d'une coloration rougeâtre, presque chocolat. Il n'est pas transparent. Doux au toucher, il offre cependant une certaine différence entre la sensation qu'il détermine et celle que produit le premier liquide.

Quelques gouttes d'acide nitrique versées dans ce liquide le font

prendre instantanément en une gelée blanchâtre, épaisse, et se solidifiant complétement.

Ici les éléments micrographiques sont plus simples.

On ne rencontre que quelques granulations graisseuses ou protéiques éparses dans le liquide. Les seuls éléments qui prédominent, et qui sont assez nombreux, sont des globules sanguins présentant toutes les altérations qu'ils offrent habituellement quand ils sont soustraits à la circulation. Les uns sont libres, les autres sont empilés comme des pièces de monnaie. Les uns sont nettement arrondis, les autres crénelés, irréguliers dans leurs bords. Il y en a de colorés, de pâles; d'autres enfin renferment quelques granulations.

En résumé, le premier liquide est constitué par des éléments purulents, et par une assez grande quantité de graisse en suspension dans un liquide peu albumineux; le deuxième liquide est de nature hématique, et contient des globules sanguins et une énorme proportion d'albumine.

Parois des kystes. — Les parois de ces kystes, dont les caractères ont déjà été étudiés, sont formées par du tissu conjonctif dense et serré. Elles sont constituées par des fibres rubanées, contournées, intriquées les unes dans les autres d'une manière élégante, comme on le remarque dans toutes les parties où l'on rencontre du tissu fibreux dense. Les fibres qui rentrent dans la constitution de ces rubans sont tellement serrées, qu'il est impossible d'y retrouver leurs éléments celluleux, perdus qu'ils sont dans la substance inter-cellulaire. Cependant l'acide acétique, en faisant pâlir cette dernière, finit par en mettre quelques-uns à découvert.

Les rubans conjonctifs sont entremêlés d'un grand nombre de fibres élastiques qui les traversent dans tous les sens. Enfin, ici et là, au milieu des fibres, on aperçoit quelques amas de granulations graisseuses.

La surface externe de ces kystes est dépourvue, dans la presque totalité de son étendue, de revêtement épithélial. Les parties qui sont recouvertes d'épithélium pavimenteux sont rares et limitées à un espace peu considérable. Sur cette surface externe se rencontrent de nombreuses excroissances de quelques millimètres d'étendue et d'élévation, ressemblant à des verrues, et présentant, en certains points, une consistance et un aspect qui les rapprochent du tissu cartilagineux. Ces verrues sont formées par la conglomération de cellules fortement serrées les unes contre les autres, allongées, fusiformes, sans noyau apparent, semblant se rapporter à des éléments conjonctifs altérés, et au milieu desquels on trouve des espaces remplis par une substance calcifiée.

De même que la surface externe, la surface interne est dépourvue de revêtement épithélial. Cependant le liquide est séparé des parois du kyste par une couche peu épaisse d'une matière amorphe, qui pâlit avec les acides faibles, et qui contient une assez grande quantité de granulations réfringentes, ainsi que quelques amas d'hématine amorphe.

On trouve également sur la surface interne des excroissances de formes variées, analogues à celles de la surface externe ; elles sont seulement plus nombreuses, plus larges, et surtout moins denses. Elles affectent des dispositions très-diverses : quelques-unes ressemblent, pour la forme, aux colonnes charnues du cœur ; elles sont blanchâtres, peu consistantes, friables et dépourvues de calcifications. La nature de leurs éléments est plus nettement appréciable qu'au dehors : les éléments du tissu conjonctif s'y voient très-bien ; seulement, noyaux et cellules fusiformes, tout cela est volumineux et granuleux. Les éléments, en un mot, offrent les caractères de ceux qui constituent les tumeurs à prolifération active. Comme dans les excroissances extérieures, ils sont réunis par une matière amorphe peu abondante.

En résumé, les parois des kystes sont formées par un tissu conjonctif dense, sans revêtement épithélial bien marqué, présentant quelques excroissances de même nature que les parois, mais dont les caractères et la disposition diffèrent.

Remarques. — Jusqu'à ce que l'ovariotomie ait été pratiquée assez souvent en France pour permettre de poser des règles générales, relatives à ses indications, à son exécution, ainsi qu'à la manière d'en diriger les suites, le soin de tous ceux qui publieront un fait devra être d'en faire ressortir les particularités essentielles.

Je réduirai à quatre les points sur lesquels je désire m'arrêter un instant.

A. *Est-il nécessaire, avant de pratiquer l'ovariotomie, d'essayer quelques-unes des méthodes anciennes ?*

Evidemment, s'il s'agit d'un kyste uniloculaire à parois minces, à liquide séreux, l'ovariotomie doit être rejetée sur le dernier plan. Elle le sera de même si le diagnostic n'est pas solidement posé, s'il y a du doute sur la multiplicité des poches et sur la nature du liquide. Dans ce cas, une ponction devient indispensable pour s'éclairer et ne pas exposer les jours de la

malade en la soumettant à une méthode grave, alors que des moyens moins dangereux pourraient la soulager et la guérir. Mais lorsque tout est clair et palpable, lorsque le diagnostic est assis sur des signes évidents, quelle utilité y aurait-il à ne pas aborder franchement la méthode? Qu'espérer des ponctions, même répétées, à chacune des poches? Qu'attendre d'une injection iodée? N'est-ce point courir après un danger tout en poursuivant de vaines espérances?

Chez ma malade, par exemple, que serait-il advenu si j'avais seulement fait une ponction dans la poche hypogastrique, dont les parois étaient minces et friables? Il se serait fait très-certainement un épanchement de quelques gouttes de pus dans le péritoine. Cette poche, qui s'est déchirée sous l'action du gros trocart, se serait déchirée sous la pression du petit; et si elle a déversé son liquide en dehors de sa canule en l'absence de toute pression, comment n'en aurait-elle pas perdu lorsqu'on aurait légèrement comprimé l'abdomen, ainsi qu'on le fait dans toute paracentèse?

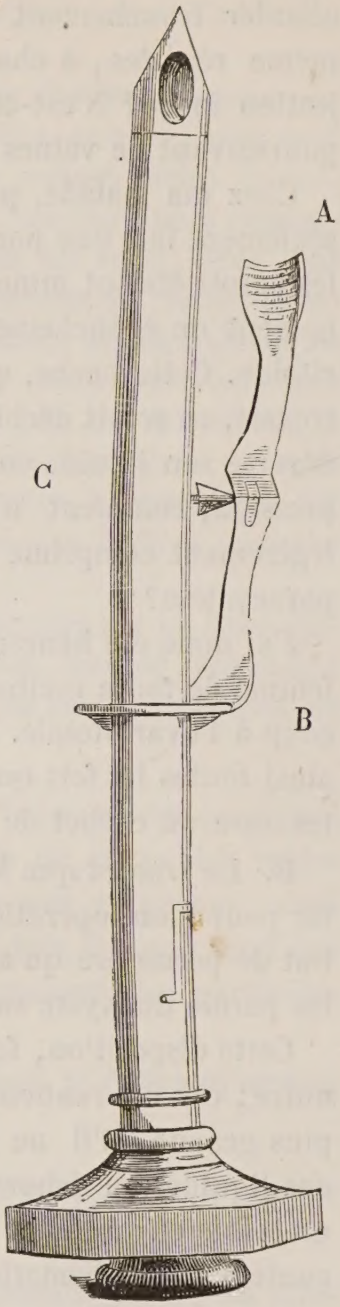
J'ai donc été heureusement inspiré de m'abstenir chez cette femme de toute méthode accessoire, et de m'arrêter du premier coup à l'ovariotomie. Je crois donc sage de conseiller d'en agir ainsi toutes les fois que le diagnostic de la multiplicité des kystes aura un cachet de certitude incontestable.

B. Le *trocart* que M. Charrière avait eu la bonté de me prêter pour mon opération présentait deux renflements, dans le but de permettre qu'à l'aide d'une ligature on fixât solidement les parois du kyste sur l'instrument.

Cette disposition, favorable en un sens, est défavorable en un autre; car ces renflements, en faisant à la poche une ouverture plus grande qu'il ne convient, peuvent faciliter l'écoulement des liquides au dehors de la canule; circonstance toujours regrettable et qui peut entraîner des dangers, quand les liquides contenus sont hématiques ou purulents. Et d'ailleurs cette ligature n'est-elle pas encore une manœuvre qui allonge l'opération, déjà assez compliquée par elle-même, tout en admettant que l'on soit favorisé par la simplicité du cas?

J'ai donc pensé que l'on pouvait remédier à cet inconvénient en se servant d'un *trocart cylindrique*, au lieu d'un trocart à

renflements. Et pour n'avoir pas besoin de recourir à la ligature, j'ai fait adapter à la canule une petite plaque jouant sur une charnière, laquelle, en s'abaissant, presse fortement les parois du kyste entre son extrémité taillée en lime et la canule elle-même. Cette plaque ou griffe, qui transforme ainsi le trocart en une pince, peut être fixée au degré de pression qu'on désire par un petit écrou mobile sur une vis, écrou qui descend plus ou moins avant de produire la pression voulue, suivant l'épaisseur des parties comprises.



Cette modification à l'appareil instrumental simplifie donc le manuel opératoire, en même temps qu'elle donne plus de sécurité dans son exécution.

C. *Combien de temps le clamp doit-il rester en place ?*

Jusqu'à ce qu'il tombe spontanément : telle est ma réponse péremptoire. S'il est bien supporté par la malade, pourquoi en agir autrement? Sait-on juste le jour où l'oblitération des vaisseaux est assez complète, les adhérences du pédicule assez fortes pour que l'on soit prémuni contre les deux accidents qui ont amené plus d'un revers, l'hémorrhagie et la rentrée du pédicule?

Cinq ou six jours ont suffi dans plusieurs cas ; malgré cela, je n'oserais point enlever l'instrument à cette époque, pas plus que je ne voudrais enlever une ligature jetée sur une grosse artère. On attend la chute spontanée des ligatures dans les ampu-

A B plaque mobile articulée en B et taillée en lime en A.
C écrou à vis pour fixer la plaque A B.

tations ; il me semble tout aussi rationnel et bien plus prudent d'attendre la chute spontanée du clamp, surtout en l'absence de gêne et de complication. Chez mon opérée, je le rappelle, il est tombé le *onzième* jour de l'opération.

D. *La réunion de la plaie* est pour les chirurgiens anglais l'objet d'une attention spéciale, et sous ce rapport ils ont parfaitement raison. M. Spencer Wells, entre autres, insiste fortement sur la nécessité de réunir en adossant le péritoine à lui-même, suivant une surface large d'un centimètre au moins. Par cet affrontement, le travail adhésif s'établit sur une membrane séreuse, membrane par conséquent du genre de celles où les dépôts plastiques se font vite et acquièrent en peu de temps une grande solidité. Le contact entre les deux feuillets péritonéaux peut être exact, sans lacunes ; tandis que si l'on rapprochait simplement les lèvres de la plaie, les parties différentes qui la composent pourraient laisser des interstices capables de devenir autant de foyers purulents.

Combien de temps doit-on respecter les points essentiels de la suture, qui donnent à la réunion sa résistance ? J'avoue qu'avec l'expérience que j'ai des sutures, je crois avantageux de ne toucher à aucun point avant le sixième jour. S'il s'agissait de la face, dès le deuxième jour on pourrait compter sur des adhérences et enlever quelques fils ; si l'on opérait sur une région susceptible d'une immobilité parfaite, on pourrait se débarrasser plus vite de tout moyen adhésif ; mais n'oublions pas que nous parlons des parois abdominales, après une opération qui provoque souvent des nausées, des efforts de vomissement, et qu'une rupture de la cicatrice, abandonnée trop tôt à elle-même, pourrait en être la conséquence.

Du *sixième* au *huitième* ou au *neuvième* jour, voilà, suivant moi, le moment favorable d'enlever les sutures, non pas toutes à la fois, mais successivement, en y mettant deux ou trois jours.

Depuis plusieurs semaines, j'aurais pu faire connaître en détail cette observation : la guérison me paraissait assurée ; pourtant je me suis abstenu, voulant laisser au temps le soin de con-

sacrer toutes mes assertions et de transformer en fait acquis à la science ce qui, à une époque antérieure, n'eût été peut-être qu'une espérance prématurée. Aujourd'hui l'épreuve est suffisante; le résultat a toute sa valeur.